

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA



TESIS

**“INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN LA ANSIEDAD
DENTAL EN NIÑOS ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2019”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

AUTORA: Quispe Santiago, Jessica Sherley

ASESOR: Fernandez Briceño, Sergio Abraham

HUÁNUCO – PERÚ

2020

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional()
- Trabajo de Investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública en Odontología

AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud

Sub área: Medicina clínica

Disciplina: Odontología, Cirugía oral, Medicina oral

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título

Profesional de Cirujano Dentista

Código del Programa: P04

Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos Concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 46204971

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 40101909

Grado/Título: Magister en ciencias de la salud
salud pública y docencia universitaria

Código ORCID: 0000-0002-6150-5833

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Angulo Quispe, Luz Idalia	Magister en odontología	22435547	0000-0002-9095-9682
2	Allca Velasco, Gilberto Pedro	Cirujano dentista	25601868	0000-0002-5418-7208
3	Cornejo Gayoso, Alvaro Antonio	Segunda especialidad profesional en odontopediatría	22509668	0000-0002-7635-0686



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ODONTOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad de Huánuco, siendo las **03:00 P.M.** del día 30 del mes diciembre dos mil veinte en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencia de la Salud, en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el **Jurado Calificador** integrado por los docentes:

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| • Mg. C.D. Luz Idalia Angulo Quispe | PRESIDENTE |
| • C.D. Gilberto Allca Velasco | SECRETARIO |
| • C.D. Alvaro Antonio Cornejo Gayoso | VOCAL |
| • DRA. C.D. Maria Luz Preciado Lara | JURADO ACCESITARIO |

ASESOR DE TESIS Mg. C.D. Sergio Abraham Fernandez Briceño

Nombrados mediante la Resolución N° 1131-2020-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulada: **“INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN LA ANSIEDAD DENTAL EN NIÑOS ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2019”**, presentado por la Bachiller en Odontología, la Srta. **QUISPE SANTIAGO, Jessica Sherley** para optar el Título Profesional de **CIRUJANO DENTISTA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado. Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo **APROBADO** por **UNANIMIDAD** con el calificativo cuantitativo de **17** y cualitativo de **BUENO**.

Siendo las 04:05 P.M. del día 30 del mes de diciembre del año 2020, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

Mg. C.D. Luz Idalia Angulo Quispe
PRESIDENTE

C.D. Gilberto Allca Velasco
SECRETARIO

C.D. Alvaro Antonio Cornejo Gayoso
VOCAL

CONSTANCIA



HACE CONSTAR:

Que, la Bachiller: **Srta. QUISPE SANTIAGO, Jessica Sherley**; ha aprobado la Sustentación de Tesis quien solicita fecha y hora, jurados de sustentación del Informe final **“INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN LA ANSIEDAD EN NIÑOS ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLINICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUANUCO 2019”**, para obtener el Título Profesional de Cirujana Dentista, realizada el día 30 de Diciembre del 2020 a horas 03:00 P.M. en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud, tal como consta en el Acta respectiva de Sustentación de Tesis.

Se expide la presente para los fines pertinentes.

Huánuco, 04 de Enero del 2021.

Mg. C.D. Mardonio Apac Palomino
Coordinador del P.A. de Odontología.

DEDICATORIA

A mi madre, por su gran apoyo moral e incondicional en cada momento y etapa de mi vida, quien me ayuda en cada adversidad y celebra mis triunfos.
A mi Esposo, por su Amor, comprensión y apoyo en mi día a día; por los 11 años que estamos juntos formando una familia con nuestra hermosa Hija Kailani.

AGRADECIMIENTO

El presente Proyecto de investigación se lo agradezco a los catedráticos de la Universidad de Huánuco por su paciencia, comprensión y dedicación durante mi formación universitaria.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS	IX
RESUMEN	X
SUMMARY.....	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPÍTULO I	14
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	15
1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.3.2. Objetivos específicos	15
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	16
1.4.1. Teórica	16
1.4.2. Práctica	16
1.5. VIABILIDAD	17
1.5.1. Técnico.....	17
1.5.2. Operativo.....	17
1.5.3. Económico.....	17

CAPÍTULO II	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. ANTECEDENTES.....	18
2.1.1. A nivel Internacional	18
2.1.2. A nivel nacional	21
2.1.3. A nivel Regional	22
2.2. BASES TEÓRICA	22
2.2.1. MIEDO Y ANSIEDAD.....	22
2.2.2. AISLAMIENTO ABSOLUTO.....	28
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	30
2.4. HIPÓTESIS.....	31
2.5. VARIABLES.....	31
2.5.1. Variable independiente.....	31
2.5.2. Variable dependiente	31
2.5.3. Variable de caracterización	31
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
CAPÍTULO III	33
MARCO METODOLÓGICO	33
3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN	33
3.1.1. Tipo de investigación.....	33
3.1.2. Nivel de investigación.....	33
3.1.3. Método	33
3.1.4. Diseño de investigación	33
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.2.1. Población	33
3.2.2. Muestra	34

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	34
3.3.1. Plan de recolección	34
3.3.2. Plan de tabulación y análisis	35
CAPÍTULO IV.....	36
RESULTADOS.....	36
CAPÍTULO IV.....	44
DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	46
SUGERENCIAS.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS	53

ÍNDICE TABLAS

Tabla N° 1 Distribución de los pacientes según sexo	36
Tabla N° 2 Distribución de los pacientes según edad.....	37
Tabla N° 3 Tipos de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico	38
Tabla N° 4 Zonas de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico	39
Tabla N° 5 Niveles de ansiedad de los niños al emplear aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos.....	40
Tabla N° 6 Niveles de ansiedad de los niños según zonas de aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos	41
Tabla N° 7 Niveles de ansiedad de los niños según tipos de aislamiento en los tratamientos odontológicos.....	42
Tabla N° 8 Ansiedad de los niños según tipos de aislamiento en los tratamientos odontológicos	43

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Distribución de los pacientes según sexo.....	36
Gráfico N° 2 Distribución de los pacientes según edad	37
Gráfico N° 3 Tipos de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico	38
Gráfico N° 4 Zonas de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico	39
Gráfico N° 5 Niveles de ansiedad de los niños al emplear aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos	40
Gráfico N° 6 Niveles de ansiedad de los niños según zonas de aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos	41
Gráfico N° 7 Niveles de ansiedad de los niños según tipos de aislamiento en los tratamientos odontológicos.....	42

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

FIS: Facial Image Scale

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad dental en niños escolares que acuden a la Clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.

MATERIALES Y MÉTODOS: En este estudio transversal, prospectivo, la muestra incluyeron 50 niños de 6 a 8 años de ambos sexos, se determinó los niveles de ansiedad a partir de la Escala de Frankl. Los datos se analizaron mediante la estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, porcentaje acumulado). Y la estadística inferencia se utilizó la prueba chi-cuadrado. El instrumento de recolección de datos fue la ficha de observación y la escala de Frankl, Para la tabulación y análisis de la información, se empleó el programa estadístico SPSS versión 23.

RESULTADOS: La mayor frecuencia se encontró en niños de 6 años (56,0 %), con mayor porcentaje se aislaron las piezas dentarias posteriores con un 66% y en menor porcentaje los dientes anteriores con un 34%. en los niños con aislamiento absoluto y sin aislamiento absoluto mostraron en mayor porcentaje una conducta positiva 48,4% y 66,7% respectivamente, mientras que la conducta definitivamente negativa predominó en los niños que se emplearon aislamiento absoluto con un 6,5%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas. aislamiento absoluto en la zona anterior y posterior en mayor porcentaje presentaron conducta positiva 62,5% y 51,5% respectivamente, mientras que la conducta definitivamente negativa predominó en los niños que se aislaron la zona posterior con un 6,1%.

CONCLUSIONES: El aislamiento absoluto no influye en los niveles de ansiedad en niños escolares de 6 a 8 años que acudieron a la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco.

PALABRAS CLAVE: Aislamiento absoluto, ansiedad, Escala de Frankl

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the influence of absolute isolation on dental anxiety in school children who attend the Dental Clinic of the University of Huánuco 2019.

MATERIALS AND METHODS: In this cross-sectional, prospective study, the sample included 50 children between 6 and 8 years of age of both sexes. Anxiety levels were determined using the Frankl Scale. The data were analyzed using descriptive statistics (frequencies, percentages, accumulated percentage). And the statistical inference was used by the chi-square test. The data collection instrument was the observation sheet and the Frankl scale. For the tabulation and analysis of the information, the statistical program SPSS version 23 was used.

RESULTS: The highest frequency was found in 6-year-old children (56.0%), with a higher percentage the posterior teeth were isolated with 66% and the anterior teeth with a lower percentage with 34%. in children with absolute isolation and without absolute isolation, a higher percentage showed positive behavior 48.4% and 66.7% respectively, while definitely negative behavior predominated in children who used absolute isolation with 6.5%. When applying the non-parametric chi-square test, no significant differences were found. Absolute isolation in the anterior and posterior zone in a higher percentage showed positive behavior 62.5% and 51.5% respectively, while definitely negative behavior predominated in children who isolated the posterior zone with 6.1%.

CONCLUSIONS: Absolute isolation does not influence anxiety levels in school children aged 6 to 8 years who attended the Stomatological Clinic of the University of Huánuco.

KEY WORDS: Absolute isolation, anxiety, Frankl scale

**INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN LA ANSIEDAD
DENTAL EN NIÑOS ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA
ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2019**

INTRODUCCIÓN

La ansiedad dental (DA), el miedo anormal o el miedo a visitar al dentista y la ansiedad injustificada por los procedimientos dentales, tienen un impacto en la calidad del tratamiento dental y pueden tener implicaciones duraderas para los niños (1). Los estudios transversales y de cohortes publicados entre 2000 y 2014 han informado de una prevalencia de DA en niños que osciló entre el 10 y el 20% (2). La DA a veces conduce a una serie de comportamientos no cooperativos o disruptivos antes o durante los procedimientos dentales, denominados problemas de manejo de la conducta dental (DBMP), que resultan en experiencias estresantes y desagradables tanto para el niño como para el dentista (3). Además, los estudios han demostrado que la DA tiene un impacto constante sobre el dolor durante todo el tratamiento dental (4), y DA / DBMP se asocian con la caries dental infantil (5), lo que resulta en un círculo vicioso (6).

La DA varía de niveles muy leves a extremos e interactúa con la urgencia del tratamiento, por lo que pueden ser apropiados diferentes enfoques para la reducción de la ansiedad dado el nivel de ansiedad (7).

“El aislamiento absoluto es un procedimiento que sirve para controlar los fluidos orales, mantener el campo operatorio seco y libre de contaminación, retraer los tejidos gingivales, carrillos, labios y lengua, manteniéndolos aislados de posibles injurias provocadas por el instrumental a utilizar, así como también evitar el paso accidental de instrumental, fragmentos metálicos, etc” (8).

Por todo lo expresado anteriormente el estudio tuvo como objetivo Determinar la influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad dental en niños escolares que acuden a la Clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La ansiedad dental es, a pesar de los avances médicos posteriores, un trastorno muy común en la población general. Casi el 80% de todos los adultos en los países industrializados se sienten incómodos antes del tratamiento dental, el 20% afirma tener miedo al tratamiento dental y el 5% lo evade por completo (9). Agras lo ha declarado como el quinto temor más común. La prevalencia de la ansiedad dental se puede observar en todos los grupos de edad. Incluso se observa que los niños pequeños tienen un comportamiento de evitación hacia el tratamiento dental, lo que puede estar relacionado con la influencia de los padres (10). Un estudio realizado por Hakeberg destacó que los pacientes de 20 a 39 años de edad tenían el mayor riesgo de tener u obtener ansiedad antes del tratamiento dental (11) Esto concuerda con la teoría del envejecimiento reduciendo la presencia de trastornos de ansiedad y miedos (12) La dificultad del tratamiento deriva en que los factores de aparición de la ansiedad dental sean diferentes para cada grupo de edad. La ansiedad dental infantil está fuertemente influenciada por fuentes exógenas como uno o más miembros de la familia, la ansiedad derivada de los adolescentes se caracteriza por un rasgo de ansiedad y los adultos por la presencia de múltiples miedos y síntomas indicativos de problemas psiquiátricos (13). Sin embargo, es vital no confundir la incomodidad antes del tratamiento con un trastorno de ansiedad dental completamente desarrollado.

“A pesar de los avances tecnológicos de la odontología moderna, la ansiedad es un problema preocupante en la salud, siendo común en niños y adultos, lo que constituye una barrera tensa durante la atención dental que podría interferir en el cuidado de la salud oral” (14).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad dental en niños escolares que acuden a la Clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019?

1.2.2. Problemas específicos

Pe 01

¿Cuáles son las características generales de los escolares que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019?

Pe 02

¿Cuáles son los niveles ansiedad en los niños según los tipos de piezas dentarias aisladas que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019?

Pe 03

¿Cuáles son los niveles de ansiedad según la tipo de aislamiento en los niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019?

Pe 04

¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental en niños escolares ocasionado por el aislamiento absoluto según sexo en niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019?

1.3. OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar la influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad dental en niños escolares que acuden a la Clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

Oe 01

Identificar las características generales de los escolares que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019.

Oe 02

Determinar los niveles ansiedad dental en los niños según los tipos de piezas dentarias aisladas que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019.

Oe 03

Determinar los niveles de ansiedad dental según la tipo de aislamiento en los niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019.

Oe 04

Determinar los niveles de ansiedad dental en niños escolares ocasionado por el aislamiento absoluto según sexo en niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica por las siguientes razones.

1.4.1. Teórica

En la consulta estomatológica en general acuden muchos pacientes escolares con miedo al tratamiento, al sillón dental, instrumentos (para aislamiento absoluto) y equipos. Por esta razón la práctica profesional del cirujano dentista debe afrontar con éxito los problemas del manejo de la ansiedad durante un tratamiento odontológico, por tanto es importante determinar los niveles de ansiedad y miedo en los niños generados por la técnica de aislamiento absoluto imprescindible para aislar por completo el órgano dental del contacto con la saliva, sangre y proteger los tejidos de sustancias químicas e instrumentos, así como evitar la aspiración o deglución de instrumentos que pueden poner en peligro a los paciente.

1.4.2. Práctica

Con los resultados obtenidos en la investigación sobre los niveles de ansiedad y el miedo generados ante aislamiento absoluto de las piezas los profesionales y estudiantes de la Universidad de Huánuco se

capaciten en el manejo del paciente pediátrico. Así mismo poder brindar información a los padres y niños para evitar la ansiedad dental.

1.5. VIABILIDAD

1.5.1. Técnico

Se cuenta con los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha investigación.

1.5.2. Operativo

Se cuenta con materiales que involucra el estudio, para la operación del proyecto.

1.5.3. Económico

Esta investigación es factible por el investigador ya que se cuenta con todos los recursos económicos necesarios para llevarla a cabo, el cual será financiado en su totalidad por el investigador.

Por todo lo mencionado el estudio es factible o viable para su realización

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. A nivel Internacional

Kothari S, Gurunathan D, Indua, 2019, Factores que influyen en los niveles de ansiedad en niños sometidos a tratamiento dental en una clínica de pregrado. Objetivo: Evaluar el nivel de ansiedad dental de un niño es muy importante para realizar un tratamiento en particular. El objetivo de este estudio es examinar los diversos factores que determinan los niveles de ansiedad en los niños y evaluar sus niveles de ansiedad. **Materiales y métodos:** En la encuesta realizada participaron un total de 50 niños. Cada participante había cumplido con los criterios de inclusión y exclusión para responder el cuestionario. Incluyó preguntas sobre sus hábitos, miedos y experiencia en la visita al dentista. La evaluación de sus niveles de ansiedad se realizó utilizando la escala de imagen facial (FIS) y la escala de ansiedad dental modificada y se correlacionó con varios factores utilizando el paquete estadístico para el software de ciencias sociales. **Resultados:** las niñas están más ansiosas que los niños por el tratamiento dental. Aproximadamente el 38% estaba ansioso y el 16% se negó mientras se sometía a un examen radiográfico y mostró niveles de ansiedad significativos ($P = 0,012$). Aproximadamente el 16% de la población se mostró muy poco cooperativa y fue necesario implementar técnicas de modelado de comportamiento en ellos. Influye en la puntuación de ansiedad FIS antes del inicio del tratamiento ($P = 0,003$). Aproximadamente el 48% de los niños habían mantenido una buena relación con el dentista y mostraron una gran importancia con la ansiedad del niño ($P = 0,025$). **Conclusión:** El género y el comportamiento del niño durante el diagnóstico y el examen radiográfico, la implementación de técnicas de modelado del comportamiento y la relación desarrollada entre el niño y el dentista son factores que influyen en la ansiedad dental. El número de visitas a la clínica dental, el nivel socioeconómico, el tipo de consumo de azúcares y el tipo de tratamiento que se realiza no contribuyen al nivel de ansiedad del niño (15).

Yakar B, Kaygusuz T, Piriñçi E. Turquía, 2019. Evaluación de la ansiedad y el miedo dentales en pacientes que ingresaron en la facultad de odontología: qué pacientes tienen más riesgo en términos de ansiedad dental. El objetivo de este estudio fue investigar la frecuencia de la ansiedad dental, los factores que afectan la ansiedad dental y los efectos de la ansiedad dental en la salud dental oral de los participantes. **Metodología:** Realizamos un estudio transversal en un hospital con 342 pacientes que acudían a la clínica ambulatoria de un hospital de odontología terciaria. Niveles de ansiedad dental y rasgo de ansiedad de los participantes medidos usando escalas MDAS y STAI. Realizamos la prueba t de Student, One-way Anova y Tukey's post hoc para el análisis de nuestros datos. El análisis de correlación de Pearson se ha utilizado para el análisis de dos datos cuantitativos diferentes obtenidos de las escalas MDAS y STAI. **Resultados:** El promedio de edad de 342 participantes de nuestra investigación fue de $34,41 \pm 11,78$. El 59,1% de nuestros participantes eran mujeres. (n = 202) La ansiedad dental existía en el 42,1% de los participantes (n = 144). El 56,4% de los participantes han tenido experiencias de tratamiento dental duras y dolorosas. El 15,2% de nuestros participantes (n = 52) tenían MDAS de 19 puntos o más. **Conclusiones:** Se han detectado puntuaciones de ansiedad dental alta y estadísticamente significativa para los pacientes que son mujeres, amas de casa, que tenían historias de tratamientos dentales incómodos y dolorosos, que tienen inclinaciones personales hacia la ansiedad. Los exámenes dirigidos a los factores que aumentarían la ansiedad dental, pueden prevenir posibles complicaciones y también el riesgo que conllevan los pacientes relacionados con la salud dental puede estimarse con la ayuda de este tipo de exámenes (16).

Ammann P, Kolb A, Lussi A, et al. Suiza, 2013. Influencia del dique de goma en los parámetros objetivos y subjetivos del estrés durante el tratamiento dental de niños y adolescentes: un estudio piloto clínico controlado aleatorio. Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar los parámetros de estrés durante un procedimiento de tratamiento dental estandarizado realizado con o sin dique de goma. El tiempo de tratamiento se midió como una variable de resultado secundaria. **Diseño:** este estudio se diseñó como un estudio clínico aleatorizado y controlado con 72 pacientes (6-16 años; edad media, 11,1). Durante los procedimientos estandarizados de sellado de fisuras, se registraron parámetros objetivos de estrés (por ejemplo, resistencia de la piel, frecuencia respiratoria). El nivel de estrés del operador se midió mediante la frecuencia del pulso. El dolor subjetivo (pacientes) y la percepción del estrés (operador) se evaluaron mediante una entrevista. **Resultados:** La frecuencia respiratoria fue significativamente ($P < 0.05$) menor y el nivel de resistencia de la piel fue significativamente mayor durante el tratamiento con dique de goma en comparación con el grupo de control. La percepción subjetiva del dolor fue significativamente menor para el grupo de prueba. El tiempo de tratamiento necesario para el procedimiento de sellado de fisuras fue un 12,4% menor en el grupo de prueba. **Conclusión:** El aislamiento con dique de goma causó menos estrés en niños y adolescentes en comparación con el aislamiento relativo con rollos de algodón si lo aplicaba un dentista experimentado (17).

Innes N. Reino Unido, 2012. Uso del dique de goma menos estresante para niños y dentistas. Objetivo: Asociar el Uso del dique de goma menos estresante para niños y dentistas. **Metodología:** ensayo controlado aleatorizado, centro único y operador. 72 pacientes (6-16 años) evaluados como cumplidores, sin alergias, sin medicación significativa se dividieron en dos grupos por "sorteos sellados". Se sellaron 234 dientes completamente erupcionados. Los molares y / o premolares se sellaron según la edad. Los dientes se limpiaron previamente con pasta profiláctica. En los controles se aislaron dientes con rollos de algodón bucal y lingual y eyector de saliva en el grupo de intervención se utilizó un dique de goma. Se utilizó el mismo

protocolo de grabado, enjuague y colocación en ambos brazos. Las medidas subjetivas del dolor de los pacientes mediante una escala analógica visual; presión arterial (antes y después del tratamiento), frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y resistencia de la piel en cinco momentos. Se midió la frecuencia del pulso del operador y completaron un cuestionario sobre el estrés mental y físico subjetivo después del tratamiento. Se registraron los tiempos de tratamiento. **Resultados:** La frecuencia respiratoria fue significativamente ($P < 0.05$) menor y el nivel de resistencia de la piel fue significativamente mayor durante el tratamiento con dique de goma en comparación con el grupo de control. La percepción subjetiva del dolor fue significativamente menor para el grupo de prueba. El tiempo de tratamiento necesario para el procedimiento de sellado de fisuras fue un 12,4% menor en el grupo de prueba. **Conclusiones:** afirman los autores; "... en manos de un dentista experimentado, el aislamiento con dique de goma es menos estresante para los niños y adolescentes que el aislamiento con rollos de algodón, y puede ahorrar un valioso tiempo de tratamiento". Las medidas de estrés del operador fueron menores con el dique de goma y se redujo el tiempo de tratamiento (18).

2.1.2. A nivel nacional

Torres E. Pérez M. Juliaca Perú. 2014. Grado de ansiedad en el tratamiento dental y su relación con la conducta de los niños atendidos en la clínica odontológica de la universidad andina Néstor Cáceres Velásquez De Juliaca. Objetivo relacionar la ansiedad en el tratamiento dental con la conducta de los niños atendidos en la clínica odontológica de la UANCV de Juliaca, 2014. **Metodología** se estudió a los niños que asistieron a la clínica odontológica durante el periodo académico del 2014 ii en niños de 7 a 11 años de edad. (operaciones concretas piaget). siendo 500 niños atendidos. La muestra fue de 77 niños atendidos en la clínica odontológica. En la investigación se empleó para la variable grado de ansiedad la técnica comunicacional empleando el instrumento de escala de medición el (CFSS-DS), para la variable comportamiento se utilizó la técnica de observación con la ficha de escala de valoración de la conducta de Frankl, se llegó a los

Resultados. Los niños que no tuvieron ansiedad dental tuvieron una conducta positiva con 55,00% le sigue el 35,00% que optaron una conducta definitivamente positiva a diferencia de los niños con mucha ansiedad que su mayor porcentaje de 88,57% optaron una conducta definitivamente negativa; **Conclusiones** la prueba estadística es altamente significativa donde el grado de ansiedad tiene relación con la conducta en el tratamiento dental (19).

2.1.3. A nivel Regional

No se encuentran ninguna investigación alguna.

2.2. BASES TEÓRICA

2.2.1. MIEDO Y ANSIEDAD

2.2.1.1. Definición

El miedo y la ansiedad hacia el dentista y el tratamiento dental son características importantes que contribuyen a evitar el cuidado dental (20).

La ansiedad asociada con la idea de visitar al dentista para recibir atención preventiva y sobre procedimientos dentales se conoce como ansiedad dental. Agras et al. Lo han citado como la quinta causa más común de ansiedad (21). La ansiedad es un estado emocional que precede al encuentro real con los estímulos amenazantes, que en ocasiones ni siquiera es identificable. Normalmente se experimenta en la vida cotidiana, como durante los exámenes, mientras se toman decisiones cruciales, en el lugar de trabajo y en varias otras circunstancias.

El miedo es una reacción a una amenaza o peligro conocido o percibido. Conduce a una situación de lucha o huida. El miedo dental es una reacción a estímulos amenazantes en situaciones dentales. La fobia es un miedo persistente, irreal e intenso a un estímulo específico, lo que lleva a evitar por completo el peligro percibido. El miedo abrumador e irracional a la odontología asociado con sentimientos devastadores de hipertensión, terror, inquietud e inquietud se denomina "odontofobia" y se ha diagnosticado bajo fobias específicas de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de*

Trastornos Mentales (DSM) -IV y el *International Clasificación estadística de enfermedades y problemas de salud relacionados* (CIE) -10 (22).

Tanto la ansiedad dental como el miedo evocan respuestas físicas, cognitivas, emocionales y conductuales en un individuo. Este es un problema que se encuentra con frecuencia en los consultorios dentales. La ansiedad a menudo está estrechamente relacionada con el estímulo doloroso y el aumento de la percepción del dolor y, por lo tanto, estos pacientes experimentan más dolor que dura más; además, también exageran su recuerdo del dolor (23).

Tratar a estos pacientes ansiosos es estresante para el dentista, debido a la menor cooperación, requiere más tiempo y recursos de tratamiento, lo que en última instancia resulta en una experiencia desagradable tanto para el paciente como para el dentista (24). Eli sugirió que una relación tensa entre dentista y paciente dominada por una ansiedad severa resultó en un diagnóstico erróneo durante las pruebas de vitalidad para la terapia endodóntica. (25).

Las personas temerosas y ansiosas sienten que va a suceder algo terrible durante el tratamiento dental y, por lo tanto, no visitan al dentista. Este comportamiento en última instancia da como resultado una mala salud bucal, con más dientes perdidos, dientes cariados y un estado periodontal deficiente (26), que presentan para el consultorio dental sólo cuando en situaciones de emergencia graves a menudo requieren tratamiento y procedimientos traumáticos complicado, que a su vez aumenta aún más y refuerza su miedo, que conduce a la evitación completa en el futuro. En consecuencia, se establece un círculo vicioso de miedo dental si estos pacientes no son tratados adecuadamente (27).

Cohen et al informaron que la ansiedad dental afecta la vida de un individuo de múltiples formas. Los impactos fisiológicos incluyeron signos y síntomas de la respuesta de miedo y sentimientos de agotamiento después de una cita con el dentista, mientras que los impactos cognitivos incluyeron una serie de pensamientos, creencias y miedos negativos. Los impactos conductuales incluyeron no solo la evitación, sino también otros comportamientos relacionados con la alimentación, la higiene bucal, la automedicación, el llanto y la agresión. También se informó un impacto significativo en la salud general

debido a la alteración del sueño, que influyó tanto en las relaciones personales establecidas como en las nuevas. Además, las interacciones sociales y el desempeño en el trabajo se vieron afectados, debido a sentimientos de baja autoestima y autoconfianza (28).

Debido a estos impactos significativos generalizados, es de suma importancia no solo identificar de manera eficiente a las personas con ansiedad dental, sino también tratarlas adecuadamente cuando llegan al consultorio dental. El médico debe intentar aliviar la ansiedad y el miedo de tal manera que estos pacientes estén motivados positivamente a largo plazo para futuras visitas al dentista. Esta revisión concisa brinda una descripción general de la etiología de la ansiedad dental y las estrategias para identificar y manejar a las personas ansiosas o fóbicas en el consultorio dental, con una breve evidencia bibliográfica.

Epidemiología

Venkatesh B, et al concluyeron para brindar cualquier tipo de información preparatoria previa al tratamiento dental. Sin embargo, es primordial que los niños estén informados de lo que va acontecer durante la visita al dentista (29). Juárez L, et al. La prevalencia de ansiedad en la población de estudio fue de un 44%; los factores de riesgo asociados fueron: padres ansiosos, grado escolar del paciente, reacción negativa al separarse de los padres; temor hacia el personal de salud, a las inyecciones, al llegar a su cita y al reconocer la clínica (30). Krahn et al. Los hombres, en un 29,16%; presentan ansiedad estado elevada y un 70,83%, ansiedad estado esperable (31). Caycedo haciendo énfasis en la importancia de la identificación temprana de este desorden, del entrenamiento a odontólogos para su manejo; así como, del trabajo interdisciplinario para brindar al paciente una alternativa que promueva el uso de habilidades de autorregulación emocional (32).

Etiología de la ansiedad dental

La ansiedad dental puede surgir debido a múltiples factores, como experiencias negativas o traumáticas previas, especialmente en la infancia (experiencias de condicionamiento), aprendizaje indirecto de familiares o

compañeros ansiosos, características de personalidad individual como neuroticismo y timidez, falta de comprensión, exposición a las aterradoras representaciones de los dentistas en los medios de comunicación, el estilo de afrontamiento de la persona, la percepción de la imagen corporal y la posición vulnerable de recostarse en un sillón dental (33).

La ansiedad también puede ser provocada por disparadores sensoriales como visiones de agujas y taladros de turbina de aire, sonidos de taladros y gritos, olor a eugenol y dentina cortada, y también sensaciones de vibraciones de alta frecuencia en el entorno dental (34).

Algunos miedos comunes que dan lugar a la ansiedad dental son el miedo al dolor, el miedo a las lesiones en la sangre, la falta de confianza o el miedo a la traición, el miedo a ser ridiculizado, el miedo a lo desconocido, el miedo al tratamiento indiferente por parte de un dentista o la sensación de despersonalización, de intoxicación por mercurio, miedo a la exposición a la radiación, miedo a asfixia y / o náuseas, sensación de impotencia en el sillón dental y falta de control durante el tratamiento dental. Milgrom et al identificaron cuatro grupos diferentes de pacientes ansiosos según su origen o fuente de miedo (el "sistema de Seattle", desarrollado en la Universidad de Washington). Estaban 1) ansiosos por estímulos dentales específicos, 2) desconfianza hacia el personal dental, 3) ansiedad dental generalizada y 4) ansiosos por una catástrofe (7).

Cuestionarios de ansiedad

Se encuentran disponibles cuestionarios de autoinforme de varios elementos y de un solo ítem para evaluar a los pacientes ansiosos y fóbicos. Unos tales escalas de varios artículos utilizados popularmente son Escala de Ansiedad Dental de Corah (CDAS) (35), de modificación de escala Dental Ansiedad (MDAS) (36), Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (37), Fear Encuesta Dental Kleinknecht et de Al (DFS) (38), Stouthard et al Inventario de ansiedad dental (39), y escala de miedo de 10 puntos de Gatchel. Sin embargo, ninguno de estos instrumentos existentes se ha considerado un patrón oro, ya que tienen sus propias limitaciones. El CDAS, MDAS y DFS son los

cuestionarios más utilizados y se ha demostrado que son fiables y válidos en varios idiomas (40).

El CDAS es un instrumento ampliamente utilizado; es breve y tiene buenas propiedades psicométricas. La escala consta de cuatro preguntas sobre diferentes situaciones dentales. Cada pregunta se puntúa de 1 (no ansioso) a 5 (extremadamente ansioso), por lo que el rango de puntajes posibles es 4-20. El punto de corte de más de 15 indica un alto nivel de ansiedad o posiblemente fóbico. La mayor limitación de esta escala es que no incluye una pregunta sobre ansiedad con respecto a la inyección de anestésico local, y además no existe uniformidad en las opciones para las preguntas en la escala, lo que dificulta la comparación de las respuestas (41).

El MDAS es un cuestionario breve y bien validado de cinco ítems con respuestas de escala Likert de 5 puntos a cada pregunta, que van desde “no ansioso” hasta “extremadamente ansioso”. Las respuestas se puntúan de 1 a 5. La puntuación de la escala varía de un mínimo de 5 a un máximo de 25. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el miedo dental, y se ha sugerido un punto de corte para el miedo dental alto en una puntuación de 19, basada en la relevancia clínica (42).

Según estos cuestionarios, los pacientes pueden clasificarse como levemente ansiosos, moderadamente ansiosos y extremadamente ansiosos o con fobia al dentista. La evidencia bibliográfica sobre el uso de estos cuestionarios en la práctica clínica habitual es muy escasa. Dailey et al informaron que solo el 20% de los dentistas usaban estos cuestionarios en su práctica en el Reino Unido (43). El médico no debe depender exclusivamente del juicio clínico al evaluar a los pacientes ansiosos, ya que los estudios indican que existe un desacuerdo entre el estado de ansiedad autoinformado por el paciente y la calificación de la ansiedad dental por parte del médico; además, los pacientes informan enmascarar su ansiedad, por lo que la evaluación con breves cuestionarios de ansiedad es beneficiosa y recomendada, ya que no solo revela el grado de ansiedad sino que también parece reducirla, facilitando así un mejor manejo (44). La evaluación subjetiva de los pacientes ansiosos también se puede realizar en función de sus respuestas psicofisiológicas, conductuales y emocionales.

Medidas objetivas

Las medidas objetivas incluyen la evaluación de la presión arterial, la frecuencia del pulso, la oximetría de pulso, la temperatura de los dedos y la respuesta galvánica de la piel. Un método objetivo extremadamente preciso utilizado en varios estudios para medir la ansiedad dental es la respuesta galvánica de la piel. Aprovecha los cambios eléctricos inducidos por pequeñas cantidades de líquido de las glándulas sudoríparas epidérmicas liberadas como consecuencia de la ansiedad. El sudor en la piel proporciona una vía de baja resistencia para la corriente eléctrica, que luego se registra. El uso de la respuesta cutánea galvánica ha sido validado como un método preciso para medir la ansiedad dental (45).

Manejo de la ansiedad dental

La etiología de la ansiedad dental es multifactorial y, por tanto, no existe una monoterapia para el tratamiento. La evaluación adecuada del paciente y la identificación de su origen y nivel de ansiedad pueden permitir al dentista decidir un plan de tratamiento adecuado. La ansiedad puede desencadenarse incluso en las situaciones más inofensivas, como el encuentro con la recepcionista al programar sus citas o el ambiente de la clínica, por lo que es esencial que todos los aspectos de la práctica dental sean apropiados.

En términos generales, la ansiedad dental puede tratarse mediante intervenciones psicoterapéuticas, intervenciones farmacológicas o una combinación de ambas, según la experiencia y la experiencia del dentista, el grado de ansiedad dental, las características del paciente y las situaciones clínicas. Las intervenciones psicoterapéuticas tienen una orientación conductual o cognitiva y, recientemente, se ha demostrado que el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) tiene un gran éxito en el tratamiento de individuos extremadamente ansiosos y fóbicos. Según indicaciones específicas, estos pacientes pueden tratarse farmacológicamente con sedación o anestesia general.

2.2.2. AISLAMIENTO ABSOLUTO

Definición

Cuando se utilizan procedimientos de restauración modernos, el **aislamiento** adecuado del campo de trabajo es un requisito previo importante para asegurar la resistencia a largo plazo de la restauración. El uso del **dique** de **goma** para el **aislamiento** es una técnica establecida desde hace mucho tiempo dentro de la profesión dental, que se ha utilizado durante más de 100 años (46) y se ha fomentado dentro de la especialidad de odontología pediátrica. Además de proporcionar aislamiento, se han reportado numerosas ventajas con el uso de diques de goma que se dan en la literatura (47)

Jinks ha afirmado que una vez que se aplica el dique a los pacientes, tienen la impresión de que el tratamiento se realiza fuera de la boca; por lo tanto, pueden tolerar los tratamientos durante un período más largo (48).

Se ahorra tiempo cuando los dentistas pediátricos utilizan el método de aislamiento, principalmente porque hay un mejor manejo de los tejidos blandos y se puede omitir el cambio de rollos de algodón (49).

Beneficios del aislamiento del campo operatorio

El aislamiento de campo operatorio con el dique de goma tiene los siguientes beneficios:

- ✓ protección del paciente / gestión de riesgos:
- ✓ acceso / visibilidad aumentada
- ✓ mejora de la eficiencia del tiempo:
- ✓ control de humedad / calidad mejorada:
- ✓ control de infecciones (50)

Importancia del aislamiento del campo operatorio

Permite obtener las mejores condiciones de trabajo que se requiere; aislando del medio de la sangre y la saliva, separar la lengua y las mejillas del paciente evitando lesiones.

Evitar los accidentes de aspiración o ingesta de instrumentos durante el procedimiento (50).

Instrumentales

Para facilitar el montaje del dique de goma, es aconsejable tener los instrumentos apropiados al alcance de la mano

a) Dique de Goma

Es la responsable para la separación del campo operatorio de la cavidad bucal (50).

Una de las principales funciones del dique de goma es el aislamiento del campo de operación del ambiente de la cavidad oral (52).

Arco de young

Es un dispositivo metálico en forma de U, utilizado para estirar y afirmar el dique de goma. Para esto, cuenta con pequeñas garras a lo largo de su asta, que mantiene el dique levemente preso bajo tensión (51).

Perforador de Dique

Instrumental utilizado para realizar los agujeros redondos de diferentes diámetros (0.7 – 2 mm) dependiendo del diente a aislar (51).

Porta grapas

El portagrapas se utiliza para posicionar las grapas sobre el diente. Se toman las empuñaduras y se cierran para que las ramas se abran tanto como lo indique la distancia de las perforaciones de la grapa, en posición de reposo (52).

Grapas

La función primaria de las grapas es el mantenimiento y estabilización del dique de goma, aunque eventualmente también sean responsables por provocar la retracción de los tejidos gingivales (51).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ANSIEDAD

La ansiedad odontológica es un estado complejo que presenta una persona al concebir la idea de someterse a un tratamiento odontológico y conduce a evitarlo, motivo por el cual se presenta una salud oral desastrosa, lo que lleva a un tratamiento largo y doloroso que a la vez refuerza o produce más ansiedad (53).

ANSIEDAD DENTAL

La ansiedad odontológica es un estado complejo que presenta una persona al concebir la idea de someterse a un tratamiento odontológico y conduce a evitarlo, motivo por el cual se presenta una salud oral desastrosa, lo que lleva a un tratamiento largo y doloroso que a la vez refuerza o produce más ansiedad (54).

MIEDO

El miedo es una reacción que genera una respuesta repentina de lucha o fuga a un peligro, por lo que el cuerpo se prepara para la situación y de esta forma defenderse adecuadamente y de acuerdo al peligro que se presente. El miedo puede desaparecer al quitar el estímulo o quedarse como un recordatorio en nuestro cerebro para próximas situaciones (54).

AISLAMIENTO

El aislamiento es un procedimiento de gran utilidad para el odontólogo ante procedimientos clínicos, tales como endodoncia, operatoria dental, rehabilitación oral y odontopediatría (51).

2.4. HIPÓTESIS

Hi

El aislamiento absoluto influye en los niveles de ansiedad dental en niños escolares que acuden a la clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.

Ho

El aislamiento absoluto no influye en los niveles de ansiedad dental en niños escolares que acuden a la clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Variable independiente

Aislamiento absoluto

2.5.2. Variable dependiente

Ansiedad dental

2.5.3. Variable de caracterización

Sexo

Edad

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLES
VARIABLE INDEPENDIENTE			
Aislamiento absoluto	Tipo de técnica de aislamiento	Técnica de un solo tiempo. Tiempo de dos tiempos. Técnica de tres tiempos.	Cualitativa nominal politómica
VARIABLE DEPENDIENTE			
Ansiedad dental	Escala conductual de Frankl	Definitivamente negativo Negativo Positivo Definitivamente negativo	Cualitativa ordinal
VARIABLE INTERVINIENTE			
Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativo Nominal Dicotómica
Edad	Edad	6 años 7 años 8 años	Cuantitativo

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo básica, observacional, transversal y prospectiva.

3.1.2. Nivel de investigación

Explicativo

3.1.3. Método

Inductivo deductivo

3.1.4. Diseño de investigación

GE1	----	O1	-----	X	-----	O2
GE2	-----	O3	-----		-----	O4

Dónde:

GE1: Grupo de estudio 1 (niños con aislamiento absoluto)

GE2: Grupo de estudio 2 (niños sin aislamiento absoluto)

O1: Aplicar el cuestionario antes del aislamiento

O2: Aplicar cuestionario después del aislamiento

X: Aislamiento absoluto

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. Población

Estuvo constituida por los niños escolares que se atendieron en la clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco los meses de setiembre y octubre 2019.

3.2.2. Muestra

El proceso de selección del tamaño de la muestra, se realizó a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Estuvo conformado por 50 niños escolares que acudieron a la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco los meses de setiembre y octubre 2019.

Criterios de inclusión

- ✓ Niños de 6 a 8 años
- ✓ Niños aparentemente sanos
- ✓ Padres que firmen el consentimiento informado y niño el asentimiento informado.

Criterios de exclusión

- ✓ Niños menores de 6 años y mayores de 8 años
- ✓ Niños que presenten miedo y ansiedad antes del tratamiento
- ✓ Padres y niños que no firmaron el formato de consentimiento y asentimiento informado.
- ✓ Niños con síndrome de Down.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, los instrumentos serán cuestionario, que luego serán validados (validez de contenido) por juicio de expertos (tres profesionales).

3.3.1. Plan de recolección

Procedimientos.

La recolección de datos de los niveles de ansiedad de los niños de 6 a 8 años se realizó según los instrumentos diseñados.

Procedimientos.

- Se solicitó autorización al Jefe de clínica de la escuela de Odontología de la Universidad de Huánuco.
- Se pidió a los padres de familia que firmen el consentimiento informado y a los niños el asentimiento informado previo a la información impartida del objetivo de la investigación.
- Luego se aplicó la escala de Frankl para determinar la ansiedad dental.

3.3.2. Plan de tabulación y análisis

La información obtenida a través de los cuestionarios de niveles de ansiedad, se ingresó a una base de datos en forma automatizada empleando el software estadístico SPSS versión 24.0 los resultados fueron reportados en tablas estadísticas y gráficos.

Para el proceso inferencial se aplicó el test no paramétrico de independencia de criterios (Chi cuadrado), se construyeron a intervalos confidenciales del 95% para el parámetro proporción.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Tabla N° 1 Distribución de los pacientes según sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	25	50,0	50,0
Femenino	25	50,0	100,0
Total	50	100,0	

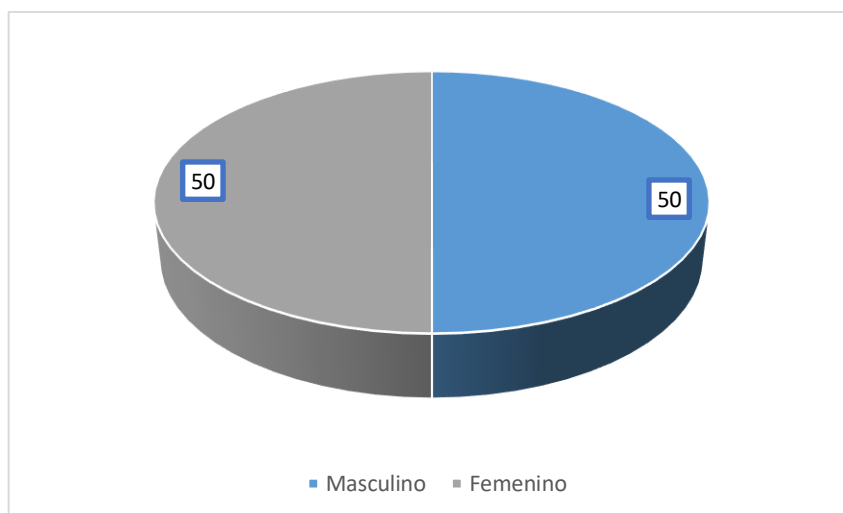


Gráfico N° 1 Distribución de los pacientes según sexo

Interpretación:

En la tabla y gráfico adjunto, se observa que el 50% de los niños de 6 a 8 años de que fueron atendidos en la Clínica de la Universidad de Huánuco corresponden al sexo femenino y 50% a los niños.

Tabla N° 2 Distribución de los pacientes según edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6 años	28	56,0	56,0
7 años	13	26,0	82,0
8 años	9	18,0	100,0
Total	50	100,0	

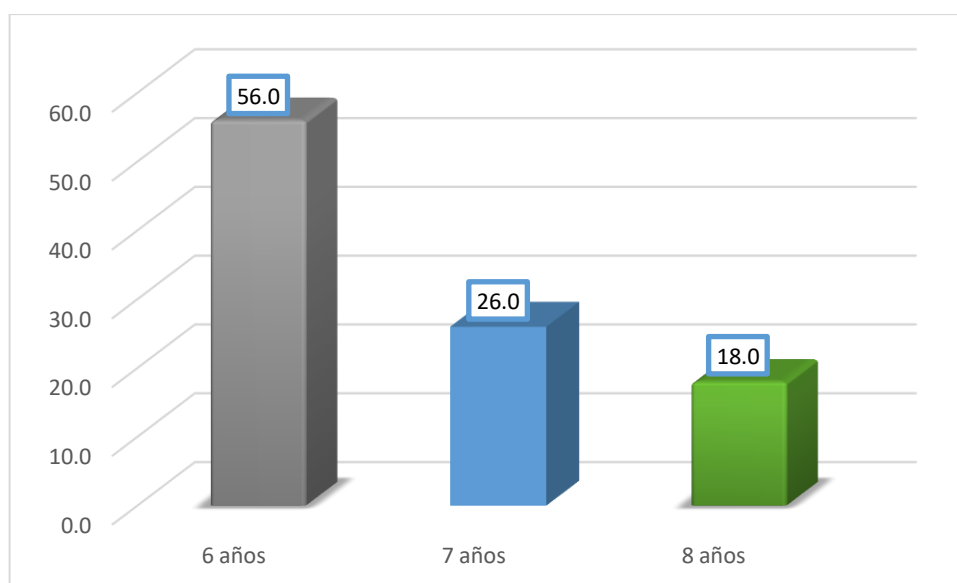


Gráfico N° 2 Distribución de los pacientes según edad

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se observa la distribución de los niños según sus edades, observándose lo siguiente, la mayor frecuencia se encontró en niños de 6 años (56,0 %), seguido en frecuencia por niños de 7 años 26,0%, y finalmente, los niños de 8 y años 18,0%.

Tabla N° 3 Tipos de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Absoluto	33	66,0	66,0	66,0
Relativo	17	34,0	34,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

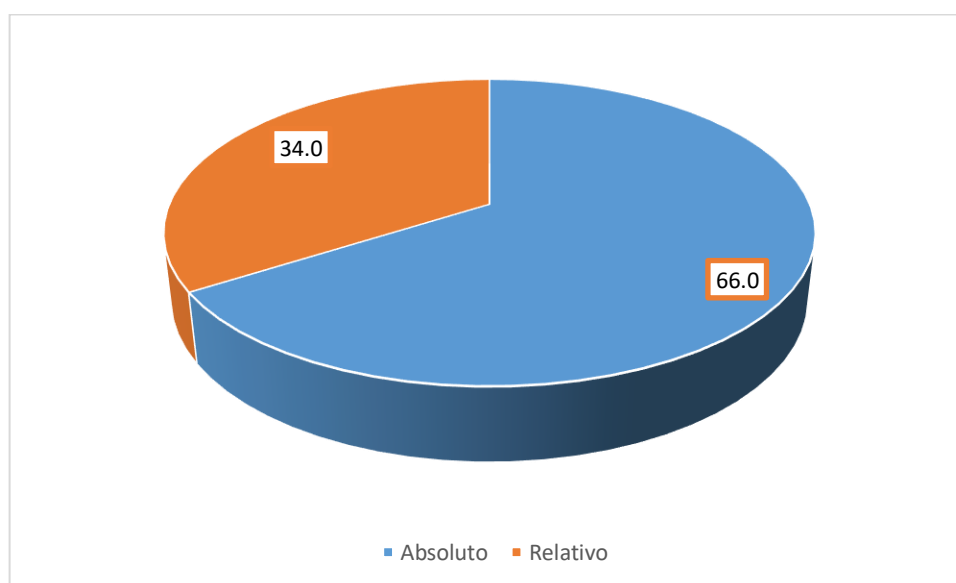


Gráfico N° 3 Tipos de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, muestra la distribución de los niños según tipos de aislamiento empleados en los tratamientos odontológicos observándose lo siguiente, con mayor frecuencia se aplicó el aislamiento absoluto con un 66% y en menor porcentaje se empleó el aislamiento relativo con un 34%.

Tabla N° 4 Zonas de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Anterior	17	34,0	34,0
Posterior	33	66,0	100,0
Total	50	100,0	

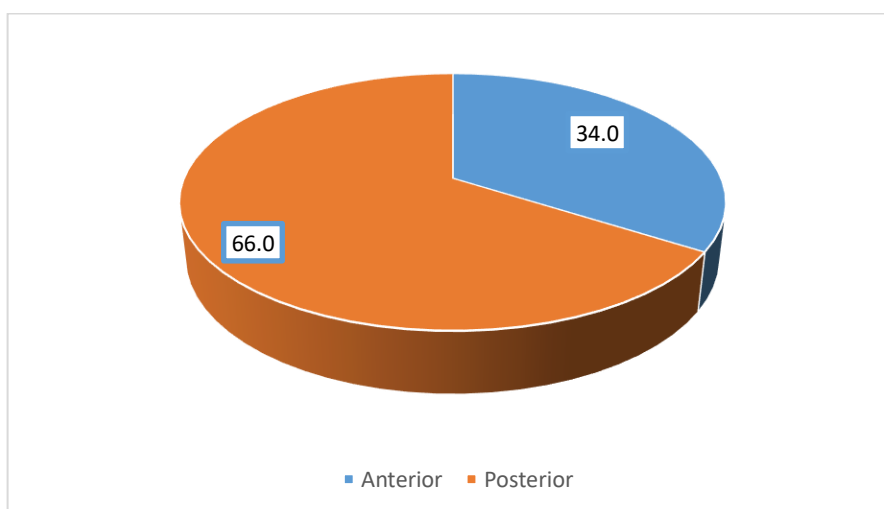


Gráfico N° 4 Zonas de aislamientos utilizados en el tratamiento odontológico

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, muestra la distribución de los niños según zonas de aislamiento en los tratamientos odontológicos observándose lo siguiente, con mayor porcentaje se aislaron las piezas dentarias posteriores con un 66% y en menor porcentaje los dientes anteriores con un 34%.

Tabla N° 5 Niveles de ansiedad de los niños al emplear aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos

AISLAMIENTO	ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL				Total	p
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo		
Sí	2 6,5%	3 9,7%	15 48,4%	11 35,5%	31 100,0%	0,294
No	0 0,0%	3 16,7%	12 66,7%	3 16,7%	18 100,0%	
Total	2 4,1%	6 12,2%	27 55,1%	14 28,6%	49 100,0%	

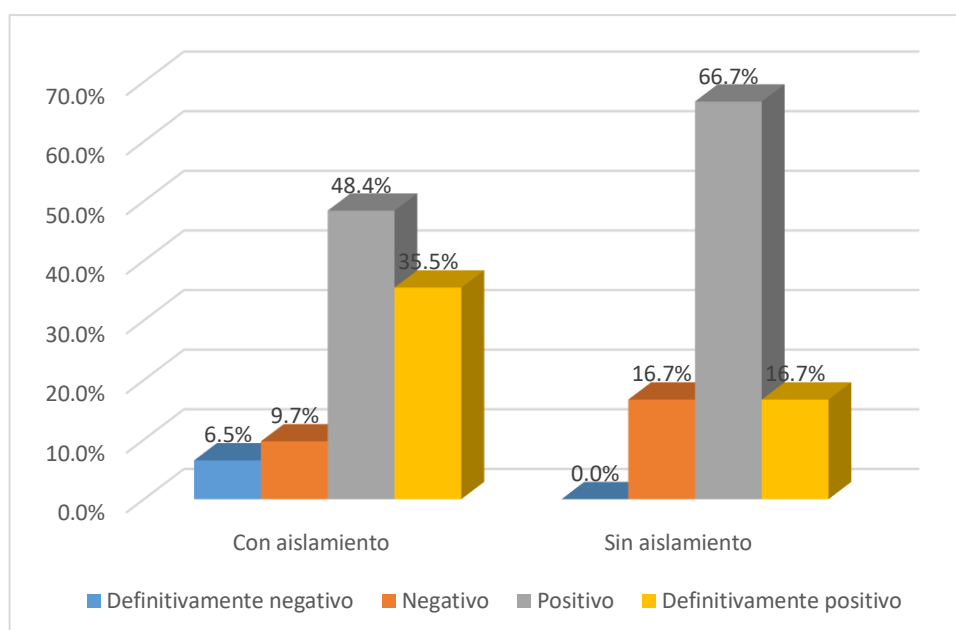


Gráfico N° 5 Niveles de ansiedad de los niños al emplear aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se observa la conducta de los niños según aislamiento observándose lo siguiente: en los niños con aislamiento absoluto y sin aislamiento absoluto mostraron en mayor porcentaje una conducta positiva 48,4% y 66,7% respectivamente, mientras que la conducta definitivamente negativa predominó en los niños que se emplearon aislamiento absoluto con un 6,5%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas en la conducta de los niños al emplear aislamiento absoluto o no siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,294$).

Tabla N° 6 Niveles de ansiedad de los niños según zonas de aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos

ZONA DE AISLAMIENTO	ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL				Total	p
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo		
Anterior	0 0,0%	2 12,5%	10 62,5%	4 25,0%	16 100,0%	0,726
Posterior	2 6,1%	4 12,1%	17 51,5%	10 30,3%	33 100,0%	
Total	2 4,1%	6 12,2%	27 55,1%	14 28,6%	49 100,0%	

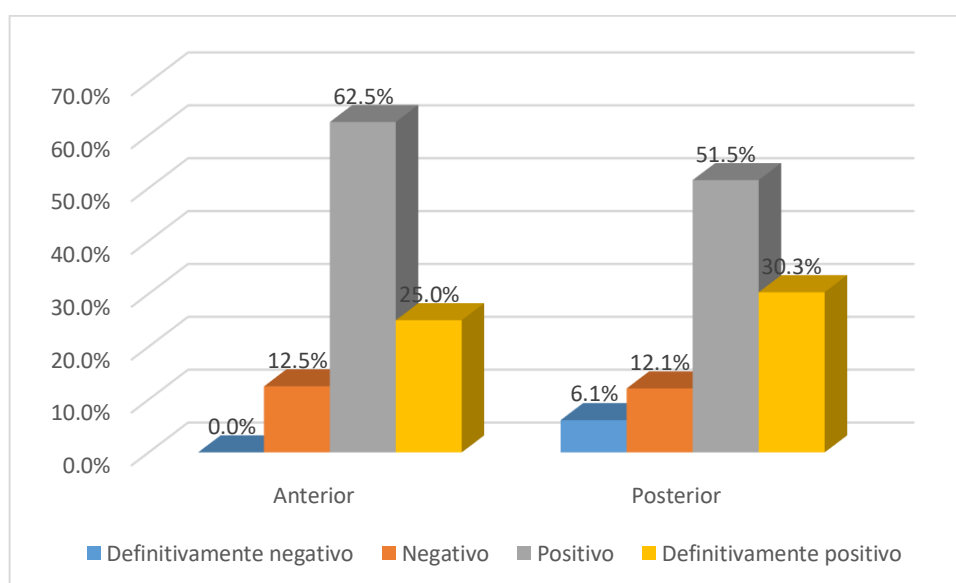


Gráfico N° 6 Niveles de ansiedad de los niños según zonas de aislamiento absoluto en los tratamientos odontológicos

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se observa la conducta de los niños según la zona (pieza dentaria) de aislamiento observándose lo siguiente: en los niños con aislamiento absoluto en la zona anterior y posterior en mayor porcentaje presentaron conducta positiva 62,5% y 51,5% respectivamente, mientras que la conducta definitivamente negativa predominó en los niños que se aislaron la zona posterior con un 6,1%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas en la conducta de los niños al emplear aislamiento según zona (anterior y posterior) siendo el valor de $p > 0,05$ ($p = 0,726$).

Tabla N° 7 Niveles de ansiedad de los niños según tipos de aislamiento en los tratamientos odontológicos

TIPOS DE AISLAMIENTO	ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL				Total	p
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo		
Absoluto	2 6,3%	3 9,4%	15 46,9%	12 37,5%	32 100,0%	0,145
Relativo	0 0,0%	3 17,6%	12 70,6%	2 11,8%	17 100,0%	
Total	2 4,1%	6 12,2%	27 55,1%	14 28,6%	49 100,0%	

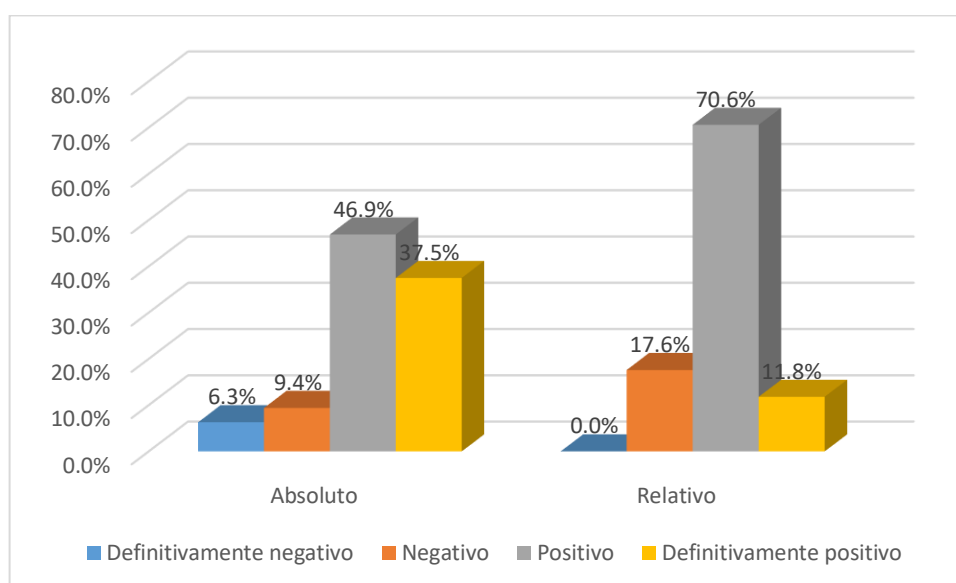


Gráfico N° 7 Niveles de ansiedad de los niños según tipos de aislamiento en los tratamientos odontológicos

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se observa la conducta de los niños según los tipos de aislamiento observándose lo siguiente: en los niños con aislamiento absoluto y aislamiento relativo mostraron en mayor porcentaje una conducta positiva 46,9% y 70,6% respectivamente, mientras que la conducta definitivamente negativo predominó en los niños que se emplearon aislamiento absoluto con un 6,3%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas en la conducta de los niños al emplear aislamiento absoluto o aislamiento relativo siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,145$).

Tabla Nº 8 Ansiedad de los niños según tipos de aislamiento en los tratamientos odontológicos

SEXO	ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL				Total
	Definitivamente negativo	Negativo	Positivo	Definitivamente positivo	
Masculino	1 4,2%	3 12,5%	14 58,3%	6 25,0%	24 100,0%
Femenino	1 4,2%	3 12,5%	12 50,0%	8 33,3%	24 100,0%
Total	2 4,2%	6 12,5%	26 54,2%	14 29,2%	48 100,0%

Interpretación:

En la presente tabla y gráfico, se observa la conducta de los niños según los tipos de aislamiento observándose lo siguiente: en los niños y niñas la conducta frente al aislamiento mostraron en mayor porcentaje una conducta positiva 58,3% y 50,0% respectivamente, mientras que la conducta definitivamente negativa se presentó en igual porcentaje en ambos sexos 4,2%. Al aplicar la prueba no paramétrica chi-cuadrado no se encontró diferencias significativas en la conducta de los niños y niñas al emplear aislamiento absoluto siendo el valor de $p > 0,05$ ($0 = 0,932$).

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación ha considerado, determinar la ansiedad dental en niños de 6 a 8 años, por ser sujetos que comúnmente presentan comportamientos negativos en el ambiente odontológico. No se encontraron estudios similares a la investigación que impide realizar la confrontación de los resultados. La ansiedad y miedo odontológico han sido temas de estudio desde hace varios años, en su mayoría considerando sujetos de edad adulta, ya que comprendían mejor las preguntas y no presentaron problemas durante la aplicación del cuestionario. En el estudio se encontró que el comportamiento de los niños ante el aislamiento absoluto de las piezas dentarias para el tratamiento odontológico estadísticamente no hubo diferencias significativas frente al aislamiento relativo, por lo tanto se concluyó que no influye en el comportamiento de los niños de 6 a 8 años. Resultados similares encontrados por Venkatesh al determinar los niveles de ansiedad en ambos grupos antes y después del procedimiento, aunque se encontraron niveles bajos de ansiedad en el grupo de estudio, sin embargo la diferencia no fue estadísticamente significativa. Para brindar cualquier tipo de información preparatoria previa al tratamiento dental. Sin embargo, es primordial que los niños estén informados de lo que va acontecer durante la visita al dentista

Juárez et al. En su estudio determinó que la prevalencia de ansiedad en la población de estudio fue de un 44%; los factores de riesgo asociados fueron: padres ansiosos, grado escolar del paciente, reacción negativa al separarse de los padres; temor hacia el personal de salud, a las inyecciones, al llegar a su cita y al reconocer la clínica.

En nuestro estudio se encontró que el comportamiento de los niños de 6 a 8 años frente al aislamiento absoluto en mayor porcentaje fue positivo con un 48,4%. Y la zona aislada que presentó mayor porcentaje de conducta

definitivamente negativa fue piezas dentarias posteriores, pero no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos de estudio.

Krahn et al Los resultados revelan que un 19,17% de los pacientes encuestados presentaron fobia a la intervención del dentista. El 25% de la mujeres encuestadas presentan ansiedad estado elevada, y un 75%, ansiedad estado esperable (dentro de la media). Los hombres, en un 29,16%; presentan ansiedad estado elevada y un 70,83%, ansiedad estado esperable. Caycedo C, et al se pudo observar que los contextos más ansiógenos son los que incluyen jeringas y agujas (47,2%), la anticipación de la extracción de una pieza dental (34,7%) y la anticipación del uso de la fresa dental (25,4%). Por otra parte, se observó niveles de ansiedad levemente mayores en mujeres que en hombres. Torres et al. Halló que los niños que no tuvieron ansiedad dental tuvieron una conducta positiva con 55,00% le sigue el 35,00% que optaron una conducta definitivamente positiva a diferencia de los niños con mucha ansiedad que su mayor porcentaje de 88,57% optaron una conducta definitivamente negativa; la prueba estadística es altamente significativa donde el grado de ansiedad tiene relación con la conducta en el tratamiento dental.

CONCLUSIONES

1. Demuestra una influencia irrelevante en el tratamiento odontológico en niños escolares de 6 a 8 años que acudieron a la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco.
2. Dentro de las características generales de los escolares que acudieron a la Clínica fueron el mayor porcentaje fueron representaron por los niños de 6 años con un 56%, y las niñas y niños conformaron un 50%.
3. Los niveles ansiedad dental en los niños según los tipos de piezas dentarias fue mayor definitivamente negativo en el aislamiento de piezas dentarias posteriores, pero no se hallaron diferencias significativas.
4. En los niveles de ansiedad dental según la tipo de aislamiento (absoluto y relativo) en los niños no se evidenciaron diferencias significativas.
5. En cuanto a los niveles de ansiedad dental de los escolares ocasionado por el aislamiento absoluto según sexo no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos de estudio.

SUGERENCIAS

1. Difundir los resultados de la investigación a los estudiantes de odontología al realizar el aislamiento absoluto de las piezas dentarias para los tratamientos odontológicos en los niños de 6 a 8 años no influye en los niveles de ansiedad, en tanto se sugiere hacer uso, dicha técnica para obtener un tratamiento dental exitoso.
2. Realizar trabajos de investigación similares al estudio influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad de los niños con mayor número de muestra y con otro instrumento para la determinación de la ansiedad.
3. Como profesionales de la salud bucal es importante tener en cuenta que las experiencias dentales sean satisfactoria que brinden confianza y establecer parámetros de conducta favorables en los niños para así disminuir los niveles de ansiedad y miedo de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Ansiedad dental: un problema poco estudiado en la juventud. *Clin Psychol Rev.*2017; 55: 25–4.
2. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Miedo / ansiedad dental en niños y adolescentes. Una revisión sistemática. *Eur J Paediatr Dent.* 2017; 18 (2): 121–30.
3. Klingberg G, Broberg AG. Problemas de manejo del miedo / ansiedad dental y de la conducta dental en niños y adolescentes: una revisión de la prevalencia y los factores psicológicos concomitantes. *Int J Paediatr Dent.* 2007; 17 (6): 391–406.
4. Lin CS, Wu SY, Yi CA. Asociación entre ansiedad y dolor en el tratamiento odontológico: revisión sistemática y metaanálisis. *J Dent Res.* 2017; 96 (2): 153–62.
5. Stenebrand A, Hakeberg M, Helkimo AN, Koch G, Boman UW. Ansiedad dental y salud bucal en jóvenes de 15 años: un estudio transversal repetido durante 30 años. *Community Dent Health.* 2015; 32 (4): 221–5.
6. Armfield JM. Lo que se da, se vuelve: se vuelve a visitar el círculo vicioso hipotético del miedo y la evitación dentales. *Epidemiol oral de Community Dent.* 2013; 41 (3): 279–87.
7. Armfield JM, Heaton LJ. Manejo del miedo y la ansiedad en la clínica dental: una revisión. *Aust Dent J.* 2013; 58 (4): 390–407.
8. Greenbaum. Periodontal complications following use of the rubber dam: a case report. *Oper Dent.* 1994; 19: 162-164.
9. de Jongh A, ter Horst G. ¿Qué piensan los pacientes ansiosos? Una investigación exploratoria de los pensamientos de pacientes dentales ansiosos. *Epidemiol oral de Community Dent.* 1993; 21 (4): 221–3.
10. Nuttall NM, Gilbert A, Morris J. Ansiedad dental infantil en el Reino Unido en 2003. *J Dent.* 2008; 36 (11): 857–60
11. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalencia de la ansiedad dental en una población adulta de una importante zona urbana de Suecia. *Epidemiol oral de Community Dent.* 1992; 20 (2): 97–101.

12. Jorm AF. ¿La vejez reduce el riesgo de ansiedad y depresión? Una revisión de los estudios epidemiológicos a lo largo de la vida adulta. *Psychol Med.* 2000; 30 (1): 11–22.
13. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Edad de inicio de la ansiedad dental. *J Dent Res.* 1999; 78 (3): 790–6.
14. Góes MP, et al. medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010 Mar; 9(1): 39-44.
15. Kothari S, Gurunathan D. Factors influencing anxiety levels in children undergoing dental treatment in an undergraduate clinic. *J Family Med Prim Care.* 2019 Jun;8(6):2036-2041
16. Yakar B, Kaygusuz TÖ, Pırınççı E. Evaluation of Dental Anxiety and Fear in Patients who Admitted to the Faculty of Dentistry: Which Patients are More Risky in terms of Dental Anxiety. *Ethiop J Health Sci.* 2019 Nov;29(6):719-726.
17. Ammann P, Kolb A, Lussi A, Seemann R. Influence of rubber dam on objective and subjective parameters of stress during dental treatment of children and adolescents - a randomized controlled clinical pilot study. *Int J Paediatr Dent.* 2013 Mar;23(2):110-5.
18. Innes N. Rubber dam use less stressful for children and dentists. *Evid Based Dent.* 2012 Jun;13(2):48.
19. Torres
20. Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. Asociación entre el miedo al dentista y la asistencia dental entre adultos en Finlandia. *Acta Odontol Scand.* 2007; 65 (4): 224–230.
21. Agras S, Sylvester D, Oliveau D. La epidemiología de los miedos comunes y la fobia. *Compr Psiquiatría.* 1969; 10 (2): 151-156.
- 22.4. Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG. No se pudieron demostrar diferencias entre la terapia de relajación y la terapia cognitiva para el miedo dental. *Dent Pract. Basado en J Evid.* 2001; 1 (2): 117-118. [[Google Académico](#)].
23. Al Absi M, Rokke PD. ¿Puede la ansiedad ayudarnos a tolerar el dolor? *Dolor.* 1991; 46 (1): 43–51.

24. Brahm CO, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Corbeil J, Hägglin C. Opiniones de los dentistas sobre pacientes temerosos. Problemas y promesas. *Swed Dent J*. 2012; 36 (2): 79–89.
25. Eli I. Ansiedad dental: una causa de posible diagnóstico erróneo de la vitalidad dental. *Int Endod J*. 1993; 26 (4): 251-253.
26. van Wijk AJ, Hoogstraten J. El cuestionario del miedo al dolor dental: construcción y validez. *Eur J Oral Sci*. 2003; 111 (1): 12–18.
27. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Miedo dental y salud bucal de adultos en Australia. *Epidemiol oral de Community Dent*. 2009; 37 (3): 220–230.
28. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. El impacto de la ansiedad dental en la vida diaria. *Br Dent J*. 2000; 189 (7): 385–390.
29. Venkatesh B., Smiriti J. valoración del papel de la información preparatoria sobre los niveles de ansiedad de los niños antes y después de un procedimiento dental *Rev. International Journal of Scientific Study*, February 2015, Vol 2, Issue 11.
30. Juárez L, Retana R, Delgado A. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra 2014. *ADM*; 71(1):9-15.
31. Krah N, García A, Gómez L, Astié F. Fobia al tratamiento odontológico y su relación con ansiedad y depresión. *Universidad Nacional de San Luis – Argentina*. 2012.23:213-222
32. Caycedo C, Cortés O, Gama R, Rodríguez H, Colorado P. Ansiedad al tratamiento odontológico: características y diferencias de género. *Suma Psicológica*. 2008;15(1): 259-278.
- 33.. Benjamin C, Schuurs AH, Kooreman T, Hoogstraten J. Ansiedad dental, estilos de afrontamiento y rasgos de personalidad autoinformados y medidos fisiológicamente. *Afrontamiento del estrés por ansiedad*. 1996; 9 (2): 151-162.
34. Hmud R, Walsh LJ. Ansiedad dental: causas, complicaciones y enfoques de manejo. *J Minim Interv Dent*. 2009; 2 (1): 67–78.
35. Corah NL. Desarrollo de una escala de ansiedad dental. *J Dent Res*. 1969; 48 (4): 596.

36. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. Escala de ansiedad dental modificada: validación y normas del Reino Unido. *Community Dent Health*. 1995; 12 (3): 143–150.
37. de Spielberger. Evaluación del estado y rasgo de ansiedad: aspectos conceptuales y metodológicos. *South Psychol*. 1985; 2 (4): 6–16.
38. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Orígenes y características del miedo a la odontología. *J Am Dent Assoc*. 1973; 86 (4): 842–848.
39. Stouthard ME, Mellenbergh GJ, Hoogstraten J. Evaluación de la ansiedad dental: un enfoque de facetas. *Afrontamiento del estrés por ansiedad*. 1993; 6(2): 89-105.
40. Luyk NH, Beck FM, Weaver JM. Una escala analógica visual en la evaluación de la ansiedad dental. *Anesth Prog*. 1988; 35 (3): 121-123.
- 41.25. Corah NL. Desarrollo de una escala de ansiedad dental. *J Dent Res*. 1969; 48 (4): 596.
42. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. Escala de ansiedad dental modificada: validación y normas del Reino Unido. *Community Dent Health*. 1995; 12 (3): 143–150.
43. Dailey YM, Humphris GM, Lennon MA. El uso de cuestionarios de ansiedad dental: una encuesta de un grupo de odontólogos del Reino Unido. *Br Dent J*. 2001; 190 (8): 450–453.
44. Lahti S, Tuutti H, Hausen H, Kääriäinen R. Comparación del comportamiento ideal y real de pacientes y dentistas durante el tratamiento dental. *Epidemiol oral de Community Dent*. 1995; 23 (6): 374–378.
45. Caprara HJ, Eleazer PD, Barfield RD, Chavers S. Medición objetiva de la ansiedad dental del paciente por reacción cutánea galvánica. *J Endod*. 2003; 29(8): 493–496.
46. Rule RW. Rubber dam – Its use and adjustment. *Pac Dent Gas* 1931;39:541-56.
47. Kilpatrick N, Page J, Welbury RR. Operative treatment of dental caries. In: *Pediatric Dentistry*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 135-56. 4.
48. Jinks GM. Rubber dam technique in pedodontics. *Dent Clin North Am* 1966;327-40.

49. Langerweger C, van Waas H. Drainage and isolation of the work field in pediatric dentistry (II). A market overview and suitability study: isolation of the work field without dams 1998;108:1097-104.
50. Panse A, Jathar P, Metha D. Accidental Ingestion of Instruments in Pediatric Dental Patients: Report of Three Cases. Journal of Dental & Allied Sciences 2012;1(2):79-81
51. Baratieri L. N, et al. Odontología Restauradora. Fundamentos y Técnicas Volumen 1. Editorial Santos 2013.
52. Yi SH, Kim JB, Jang KT, Kim CC: A case study of various clinical application of the rubber dam in pediatric dentistry. J Korean Acad Pediatr Dent , 24:549-555, 1997
53. Bordoni N, Escobar Rojas A, Castillo Mercado R. Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual. Primera edición ed. Alvear MTd, editor. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A; 2010.
54. Cohen, S., Burns, R. Vías de la Pulpa. 7ª. Edición, Editorial Mosby. España, 1999.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS
General	General	Variable de independiente	Hipótesis nula (Hi)
¿Cuál es la influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad dental en niños escolares que acuden a la Clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019?	Determinar la influencia del aislamiento absoluto en la ansiedad dental en niños escolares que acuden a la Clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.	Aislamiento absoluto	El aislamiento absoluto influye en los niveles de ansiedad dental en niños escolares que acuden a la clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.
Específicos	Específicos	Variable independiente	Hipótesis alterna (Ho)
Pe 01 ¿Cuáles son las características generales de los escolares que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019? Pe 02 ¿Cuáles son los niveles ansiedad dental en los niños según los tipos de piezas dentarias aisladas que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019? Pe 03 ¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental según la tipo de aislamiento en los niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019? Pe 04	Oe 01 Identificar las características generales de los escolares que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019. Oe 02 Determinar los niveles ansiedad dental en los niños según los tipos de piezas dentarias aisladas que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019. Oe 03 Determinar los niveles de ansiedad dental según la tipo de aislamiento en los niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019. Oe 04	Ansiedad dental	El aislamiento absoluto no influye en los niveles de ansiedad dental en niños escolares que acuden a la clínica estomatológica de la Universidad de Huánuco 2019.
		Variable interviniente	
		Sexo Edad	

¿Cuáles son los niveles de ansiedad dental en niños escolares ocasionado por el aislamiento absoluto según sexo en niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019?	Determinar los niveles de ansiedad dental en niños escolares ocasionado por el aislamiento absoluto según sexo en niños que acuden a la Clínica de la Universidad de Huánuco 2019.		
---	--	--	--



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. A. P. DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“INFLUENCIA DEL AISLAMIENTO ABSOLUTO EN LA ANSIEDAD DENTAL EN NIÑOS ESCOLARES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO 2019”

Yo:.....

... con DNI:....., doy constancia de haber sido informado(a) y de haber entendido en forma clara el presente trabajo de investigación; cuya finalidad es obtener información que podrá ser usada en la obtención de más conocimiento en el área de Odontología. Teniendo en cuenta que la información obtenida será de tipo confidencial y sólo para fines de estudio y no existiendo ningún riesgo; acepto ser examinado por el responsable del trabajo.

Nombre del paciente
DNI.....

Testigo
DNI.....

Bachiller Jessica S. Quispe Santiago
DNI.....

**FICHA DE OBSERVACIÓN****N° Paciente:** _____**Sexo:** M ☐ F ☐**Edad:**6 años ☐7 años ☐8 años ☐**Aislamiento absoluto****Si** ☐ **No** ☐**ANSIEDAD**No ansiedad ☐Ansiedad leve ☐Ansiedad moderada ☐Ansiedad Alto ☐

ESCALA CONDUCTUAL DE FRANKL

Clasificación de la conducta según la escala de Frankl	
Tipo1	<i>Definitivamente Negativa.</i> Rechaza el tratamiento, grita fuertemente, esta temeroso o tiene cualquier otra evidencia de negativismo extremo
Tipo2	<i>Negativo.</i> Difícilmente acepta el tratamiento, no coopera, tiene algunas evidencias de actitudes negativas pero no pronunciadas
Tipo3	<i>Positivo.</i> Acepta el tratamiento, a veces es cauteloso, muestra voluntad para acatar al odontólogo, a veces con reserva, pero el paciente sigue las indicaciones del odontólogo cooperando
Tipo4	<i>Definitivamente Positivo.</i> Buena relación y armonía con el odontólogo; interesado en los procedimientos odontológicos, ríe y disfruta

Cárdenas D. Manejo del comportamiento del paciente pediátrico. En: Cárdenas JM. Odontología Pediátrica. 3ed. Colombia: CIB; 2003. p. 25.